

医療的ケア児等 医療の助けが必要な子ども達のための 感染対策個別支援計画・基本情報				作成年月日	
なまえ		性別		生年月日	
住所		保護者の電話番号			
診断名・合併症					
主治医	専門医	医療機関名	電話		
		医師名			
	かかりつけ医	医療機関名	電話		
		医師名			
普段ケアをしている家族		電話			
普段お世話になっている	訪問看護ステーション	電話	通所先	電話	
	居宅訪問介護・訪問入浴等	電話	学校・保育園等	電話	
かかりつけ薬局			主なお薬	お薬手帳も参考に	
人工呼吸器	機種名			酸素使用	あり () l/分 なし
	使用は	夜間のみ 24時間 その他 ()			
	設定は	呼吸回数	() 回/分	PEEP	()
気管切開	喉頭気管分離術を している していない		カニューレの種類		
吸引	気管内吸引	チューブの太さ () fr 挿入の深さ () cm程度			
	口鼻腔吸引				
食事	経口摂取は	できる (全介助/自分で食べる) 一部経口摂取 できない			
	胃ろう	製品名		サイズ	
	経鼻口チューブ	製品名			
排せつ	導尿	_____時間ごと	チューブの太さ _____ Fr	ストマ	あり なし
アレルギー				救急対応が必要な てんかん発作	あり なし
普段の体温		血液型	身長	体重	
普段のSpO ₂		普段の心拍数		普段の血圧	
その他の医療的ケア					
保護者氏名		連絡先			
◆ 新型コロナ陰性の保護者が陽性のお子さんに付き添う場合、保護者に感染するリスクがあることを理解している。					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					